

Agnieszka Lelek<sup>1,2</sup>, Magdalena Adamczyk-Banach<sup>1,2</sup>

## UDZIAŁ RODZICÓW W TERAPII ZABURZEŃ LĘKOWYCH U DZIECI I MŁODZIEŻY

### PARENT INVOLVEMENT IN ANXIETY DISORDER THERAPY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

<sup>1</sup>Institut Psychologii Stosowanej UJ

<sup>2</sup>Oddział Psychiatrii Szpitala Specjalistycznego im. Ludwika Rydygiera w Krakowie

**family therapy  
children and adolescents  
anxiety disorders**

#### Streszczenie

*Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie terapii rodzinnej jako skutecznej i adekwatnej metody leczenia zaburzeń lękowych u dzieci i młodzieży. Biorąc pod uwagę znaczne ich rozpowszechnienie w populacji pacjentów zgłaszających się do specjalistów zajmujących się ochroną zdrowia psychicznego, rozwijanie efektywnych metod terapeutycznych do pracy z lękiem u dzieci i młodzieży wydaje się bardzo pożądane. W pierwszej części artykułu przedstawiona została charakterystyka zaburzeń lękowych u dzieci i młodzieży. Następnie opisano tradycyjne modele conceptualizacji lęku u dzieci. Przedstawiono także dominujące metody terapii, z uwzględnieniem faktu ich niewystarczającej koncentracji na czynnikach rodzinnych, które — bazując na aktualnych koncepcjach teoretycznych i danych empirycznych — należy uznać za bardzo istotne w kontekście trudności emocjonalnych u dzieci i młodzieży. W kolejnej części artykułu zaprezentowane zostały badania wskazujące na zasadność, a wręcz konieczność włączania rodziców w leczenie lęku u ich dzieci, a także programy terapeutyczne uwzględniające interwencje rodzinne. W podsumowaniu znajdują się wnioski, refleksje, jak również proponowane kierunki dalszych dociekań badawczych w obszarze terapii rodzinnej skoncentrowanej na leczeniu zaburzeń lękowych u dzieci i młodzieży.*

#### Summary

The aim of this article is to present family therapy as an effective and adequate method of treating anxiety disorders in children and adolescents. Considering the significant prevalence of these disorders in the population of patients seeking help from mental health professionals, the development of effective therapeutic methods to work with anxiety in children and adolescents seems to be highly recommended. The first part of the article presents the characteristics of anxiety disorders in children and adolescents. Next, traditional models of conceptualization of children's anxiety are described. The dominant methods of therapy are shown as well, taking into account the fact that they are insufficiently focused on family factors, which — based on current theoretical concepts and empirical data — should be considered very important in relation to emotional difficulties in children and adolescents. The next part of the article presents research indicating the rationale and even the

necessity to involve parents in the treatment of anxiety in their children, as well as therapeutic programs taking into account family interventions. In the summary, there are conclusions, reflections, and proposed directions for further research in the area of family therapy focused on the treatment of anxiety disorders in children and adolescents.

## Wstęp

Wśród osób zgłaszających się do specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży znaczący odsetek stanowią pacjenci z zaburzeniami lękowymi. Do zaburzeń psychicznych, w których lęk odgrywa centralną rolę, należą: lęk separacyjny, mutyzm selektywny, fobie, lęk społeczny, uogólnione zaburzenia lękowe, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne oraz zespół stresu pourazowego. Łączy je silny lęk przed pewnymi przeżyciami wewnętrznymi lub sytuacjami zewnętrznymi oraz skłonność do ich unikania [1]. Współczesne badania pokazują, że zaburzenia lękowe to jedno z najczęstszych trudności przejawianych przez dzieci i nastolatków, a ich rozpowszechnienie wynosi od 6,5% do nawet 22% w populacji ogólnej [2–4]. Co więcej, częstość zaburzeń lękowych znacząco zwiększa się z wiekiem, co po pierwsze wskazuje na to, że zaburzenia te nie mijają samoistnie, a po drugie wskazuje na konieczność wczesnych oddziaływań terapeutycznych [4, 5]. Już w okresie adolescencji zaburzenia lękowe mogą przybierać ciężki, kompleksowy i chroniczny charakter, widoczna jest także ich współwystępowalność z innymi zaburzeniami, głównie o charakterze depresyjnym [4].

Wyniki badań podłużnych podkreślają ciągłość zaburzeń lękowych przez cały okres adolescencji aż do dorosłości [6–8]. Nieleczony, nasilony lęk nie przechodzi bowiem samoistnie. Z wiekiem dzieci wymagają coraz więcej działań korekcyjnych, a utrwalony, zgeneralizowany lęk jest trudniejszy w terapii. Towarzyszące mu trudności w funkcjonowaniu psychospołecznym, takie jak problemy szkolne, deficyty kompetencji społecznych, brak relacji rówieśniczych, niska samoocena, zaburzony obraz siebie, z wiekiem nasilają się i stają się coraz trudniejsze do rozwiązania [4]. W dalszej perspektywie, nielezione zaburzenia lękowe prowadzą do znaczących trudności w funkcjonowaniu w życiu rodzinnym, szkolnym, zawodowym i społecznym, zwiększając ponadto ryzyko pojawienia się innych problemów w zakresie zdrowia psychicznego i somatycznego, w tym zaburzeń afektywnych, psychosomatycznych, uzależnień, problemów w funkcjonowaniu społecznym, konfliktów rodzinnych czy doświadczania niższej jakości życia [2, 4, 9]. Pociąga to za sobą wyższe koszty leczenia somatycznego i psychiatrycznego wśród dorosłych pacjentów.

Wśród koncepcji wyjaśniających zjawisko tworzenia się zaburzeń lękowych u dzieci najczęściej opisywany jest [2, 4, 10] model poznawczy. Zakłada on, że centralną cechą, wokół której narastają symptomy, jest skłonność do przeżywania poczucia zagrożenia i niepewności. Model ten wyróżnia trzy podstawowe komponenty doświadczanego lęku: zachowania unikające, sygnały fizjologiczne oraz kształtowanie się zniekształconej oceny poznawczej. Nadmierny, przekraczający możliwości adaptacyjne lęk prowadzi do wykształcenia się zniekształconych schematów poznawczych, a w dalszej konsekwencji do nadmiernej koncentracji na własnej osobie i doznaniach, zbytniego skupiania się na ocenie (swojej i innych) oraz do postrzegania różnych sytuacji jako zagrażających [10].

Koncepcją starszą, lecz wciąż aktualną, jest teoria przywiązania Johna Bowlby'ego [11], potwierdzona w badaniach empirycznych Mary Ainsworth [12]. Teoria ta wyjaśnia tworzenie się lęku u dzieci na bazie relacji z rodzicem, niedającej wystarczającego poczucia bezpieczeństwa. Zgodnie z tym modelem, zaburzenia lękowe miałyby być konsekwencją wykształcenia pozabezpiecznego wzorca relacji przywiązania (więź lękowo-unikająca lub lękowo-ambiwalentna według terminologii zaproponowanej przez Ainsworth), który kształtuje i podtrzymuje lęk dziecka na dalszych etapach rozwoju. Zauważa bowiem ono, że na opiekunach na ogół nie można polegać, są niedostępni, niegodni zaufania, nie reagują w adekwatny sposób na jego potrzeby, a w sytuacjach trudnych nie może liczyć na ich wsparcie i ochronę. W konsekwencji dziecko nie uczy się adekwatnych, adaptacyjnych sposobów regulowania emocji i angażowania się w relacje społeczne, rozwija za to przekonanie, że jego potrzeby nie mogą zostać zaspokojone w ramach interakcji z innymi ludźmi, a same relacje są źródłem dys stresu i niepokoju. Koncepcja dotycząca znaczenia wzorców przywiązania w tworzeniu się zaburzeń lękowych u dzieci znalazła potwierdzenie w wielu współczesnych badaniach [por. 13–15].

Zwraca się również uwagę na biologiczne, temperamentalne uwarunkowania lęku, w szczególności negatywnej emocjonalności i behawioralnego hamowania (*behavioral inhibition* BI). Za rozwój zaburzeń lękowych u dzieci miałyby odpowiadać indywidualna skłonność do doświadczania intensywnych negatywnych emocji, frustracji i drażliwości oraz wysoka reaktywność [16]. Ta ostatnia cecha związana jest z nadwrażliwością układu nerwowego dziecka na nowe i potencjalnie zagrażające sytuacje, powodując nadmierną aktywację układu autonomicznego, podwyższony poziom kortyzolu, nadmierną czujność i reakcję przestrachu w odpowiedzi na nowe bodźce [17].

Kolejnym szeroko opisywanym predyktorem jest behawioralne hamowanie. Stwierdzono, że cecha ta występuje u około 10–15% niemowląt i małych dzieci, które eksponowane na nowe bodźce reagują lękiem, płaczem, pobudzeniem, wycofaniem, przyleganiem do opiekuna, a także powstrzymywaniem się od podejmowania aktywności. Badania potwierdzają większe ryzyko pojawienia się zaburzeń lękowych przy występowaniu wyżej opisywanych cech temperamentalnych [16, 18]. Natomiast w nowszych opracowaniach zwraca się większą uwagę na rolę czynników ochronnych, które znacząco mogą niwelować predyspozycje temperamentalne. Przykładem jest np. umiejętność skupiania się i przełączania uwagi z negatywnych bodźców emocjonalnych (tzw. *attentional control* AC). Wysoki poziom kontroli uwagi okazuje się znacząco zmniejszać zahamowanie behawioralne. Dzieci, które potrafią skutecznie przekierowywać uwagę z sytuacji lękotwórczych na inne, są mniej narażone na utrwalenie się behawioralnego hamowania [19, 20].

W koncepcji systemowej pojawienie się zaburzeń lękowych u dzieci i młodzieży ściśle wiąże się z kontekstem rodzinnym. Zwraca się uwagę na fakt, że dziecko może być delegowane do pewnych ról i zachowań, które — jeżeli są zbyt trudne lub przeżywane przez niego w sposób konfliktowy — mogą stanowić źródło pojawienia się objawów i problemów emocjonalnych. W klasycznym rozumieniu lęk, którego doświadcza dziecko, jest objawem dysfunkcjonalności w systemie rodzinnym i nie może być rozpatrywany bez wglądu w jego relacje [21]. W podejściu strukturalnym interakcje rodzinne są opisywane w kategorii granic, w komunikacyjnym koncentrują się na specyficznych stylach porozumiewania się członków rodziny, a w strategicznym na stałych wzorcach zachowania [22].

Natomiast jeżeli popatrzymy na objawy w perspektywie podejścia transgeneracyjnego, to musimy również uwzględnić historię rodziny i zbadać, czy problem np. lęk nie jest częścią procesu transmisji wielopokoleniowej. Przydatnym narzędziem terapeutycznym jest tu genogram, odsłaniający ważne informacje na temat systemu rodzinnego (m.in. przekazy międzypokoleniowe, traumy, tajemnice rodzinne, relacje między członkami rodziny, koalicje, role w rodzinie).

Opisywane funkcje objawu są charakterystyczne dla pierwszej fazy rozwoju terapii rodzin. W podejściach nowszych, pozostających pod wpływem konstrukttywizmu społecznego, nie kładzie się nacisku na dysfunkcjonalność rodziny, ale na to, w jaki sposób pacjent i jego rodzina definiują problemy i jakie nadają im znaczenie poprzez tworzone przez siebie narracje [21, 22]. Ważnym procesem jest też analiza mechanizmów podtrzymujących objawy, czyli takich sekwencji interakcji, które występują w odpowiedzi na pojawienie się zachowań problemowych [21]. Mechanizmy podtrzymujące są powiązane z preferowanymi wzorami rodzinnego funkcjonowania i przekonaniami dotyczącymi rodziny. Są one często nieświadome dla jej członków, a ich odkrycie pokazuje objawy w innym świetle i bywa początkiem procesu zmian. W nowych nurtach terapii rodzin dużą wagę przykładają się także do wpływów społeczno-kulturowych, np. w leczeniu zaburzeń odżywiania [23]. Współczesne podejścia proponują także nowatorskie sposoby prowadzenia terapii, jak np. terapię wielorodzinną, stanowiącą połączenie terapii rodzinnej z terapią grupową [24, 25].

### **Czynniki rodzinne w terapii zaburzeń lękowych u dzieci i młodzieży**

Wśród podejść terapeutycznych, w ramach których leczy się zaburzenia lękowe u dzieci i młodzieży, największą popularnością cieszy się jak dotąd nurt poznawczo-behawioralny. Wynika to poniekąd z faktu, że procedury behawioralne i poznawczo-behawioralne uzyskiwały dotychczas największe potwierdzenie empiryczne [10, 26–28]. Jednakże nawet w ramach tego nurtu w ostatnich dekadach obserwuje się rosnące zainteresowanie czynnikami rodzinnymi w rozwoju zaburzeń lękowych u dzieci i młodzieży [28]. Badacze i terapeuci zaczynają bowiem zauważać, że leczenie samych dzieci przynosi niewystarczające rezultaty. Lebowitz i wsp. [2, 29] wzmiankują, że u nawet połowy badanych dzieci, poddanych tradycyjnej terapii poznawczo-behawioralnej, obserwowano brak satysfakcjonującej poprawy. Z czego może to wynikać? Terapia poznawczo-behawioralna wymaga m.in. bardzo dobrej współpracy dziecka z terapeutą, systematycznego uczestnictwa w terapii, skrupulatnego wykonywania zadań i stosowania się do zaleceń. Sojusz terapeutyczny z dzieckiem lub nastolatkiem może jednak nie wystarczyć, jeśli nie uda się nawiązać dobrej relacji terapeutycznej z rodzicem. Powinien on bowiem wspierać dziecko w realizowaniu zadań terapeutycznych (takich jak np. stopniowa ekspozycja na bodźce lękowe, praca nad zniekształceniami poznawczymi), motywować je do mierzenia się z sytuacjami budzącymi lęk, a przede wszystkim nie wzmacniać postaw i zachowań lękowych, z czego rodzice bardzo często nie zdają sobie sprawy [2, 28, 30]. Do przykładów takich zachowań należy m.in. spanie rodziców z dzieckiem przejawiającym lęk separacyjny, mówienie „za dziecko” mierzące się z fobią społeczną, powtarzające się uspokajanie dziecka cierpiącego na lęk uogólniony czy zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne. Takie działania rodziców wzmacniają

skłonność dziecka do unikania mierzenia się z sytuacjami budzącymi lęk, nasilają jego zależność od rodzica zamiast wzmacniać umiejętność niezależnego radzenia sobie, a także zmniejszają motywację dziecka do leczenia. Co więcej, w terapii lęku u dzieci bardzo ważne jest również to, jakie wzorce zachowań lękowych prezentują sami rodzice i czy, a jeśli tak, to w jaki sposób, przekazują je swoim dzieciom. Istotne są także doświadczane przez rodzinę wydarzenia stresujące i sposoby radzenia sobie z nimi, a także nie do końca uświadamiane sobie przez rodziców ich własne lęki i przekonania [2, 10, 30].

Dlaczego jeszcze ważne jest zapraszanie rodziców do terapii dzieci? Lundkvist-Houndoumadi i Thastum [31] w swoich badaniach skoncentrowali się na dzieciach, które nie odniosły korzyści z tradycyjnej terapii poznawczo-behawioralnej. Okazało się, że problemem mogą być m.in. odmienne przekonania dorosłych i dzieci na temat ich motywacji do terapii. Rodzice badanych dzieci uważali bowiem, że są one zmotywowane do pracy nad przezwyciężaniem swoich trudności, dzieci natomiast nie miały wystarczającej motywacji własnej, a w terapii odczuwały podwójną presję ze strony rodzica i terapeuty. Autorzy zauważyli także, że rodzice często wprowadzali nową, odmienną perspektywę, której ujęcie pozwoliłoby terapeutom lepiej zrozumieć małych pacjentów i ich problemy.

Rodzice mogli bowiem obserwować swoje dzieci w sytuacjach codziennych, w różnych kontekstach, i sprawdzać, czy i w jaki sposób stosują one (bądź nie) techniki wprowadzane w trakcie terapii. Dzieci udzielały im także informacji zwrotnych na temat terapii, którymi nie zawsze chcieli się z terapeutą. Rodzice mogli także przekazywać terapeutom informacje na temat cech, przekonań, stylów przeżywania czy sposobów zachowania swoich dzieci, które nie zawsze ujawniały je w trakcie terapii lub były trudne do zaobserwowania. Zauważali ambiwalentną postawę swoich dzieci wobec problemu, co pozwalało interpretować brak postępów terapeutycznych nie w kategoriach oporu, a raczej lęku przed zmianą. Rodzice przekazywali także cenne informacje zwrotne na temat tego, w jaki sposób można byłoby zmodyfikować program terapeutyczny, aby bardziej odpowiadał potrzebom pacjentów (np. wprowadzenie spotkań indywidualnych, bardziej specyficzny podział na grupy pod kątem przejawianej symptomatologii, wydłużenie czasu trwania programu, wprowadzanie technik *in vivo*, uzupełnienie programu o dodatkowe konsultacje dla rodziców). Ważne jest także zbadanie nastawienia rodzica do terapii oraz jego przekonań na temat problemu i sposobu rozwiązywania go, które może mieć wpływ na to, w jaki sposób dziecko myśli o swoich trudnościach i o terapii. Poszerzone i pogłębione rozumienie problemu pozwala na dostosowanie terapii do tego, czego tak naprawdę potrzebuje rodzina i identyfikowany pacjent.

Podsumowując, zapraszanie rodziców do terapii jest ważne i potrzebne, ponieważ: 1) pozwala na zbudowanie z nimi sojuszu terapeutycznego, 2) umożliwia poznanie przekonań rodziców na temat problemu dziecka i ich nastawienia do terapii, 3) daje nam dostęp do informacji, których jako terapeuci nie mamy możliwości zdobyć, 4) umożliwia pracę nad tym, w jaki sposób rodzice (często nieświadomie) wzmacniają postawy i zachowania lękowe dziecka, a także nad przekonaniami oraz wzorcami zachowań lękowych ich samych, 5) daje możliwość uwzględnienia w pracy terapeutycznej sposobów komunikacji, wzajemnych interakcji czy radzenia sobie z trudnymi doświadczeniami przez rodzinę. Terapia rodzinna (w porównaniu z indywidualną) może być szczególnie efektywna wtedy, gdy indywidualna terapia dziecka nie przynosi zamierzonych efektów. Pomocne jest

wspólne zbadanie możliwych przyczyn niepowodzeń, w sytuacji gdy rodzice aktywnie angażują się we wzmacnianie pozytywnych zmian w zachowaniu dziecka, gdy sami cierpią z powodu zaburzeń lękowych, a także wtedy, gdy samo funkcjonowanie rodziny wymaga pracy terapeutycznej [1].

W dalszej części artykułu skoncentrujemy się zatem na badaniach nad formami terapii dla lękowych dzieci i nastolatków, w proces których rodzice na różne sposoby są angażowani, z uwzględnieniem skuteczności proponowanych programów i ich aplikacji praktycznych.

### **Badania nad udziałem rodziców w terapii zaburzeń lękowych ich dzieci**

Już od lat 90. zwracano uwagę na potrzebę włączania rodziców w proces terapii zaburzeń lękowych dzieci i młodzieży. Pierwsze działania łączyły standardowe programy terapii poznawczo-behawioralnej (np. „Zaradny kot” bazujący na programie FEAR) z psychoedukacją dla rodziców [28]. Programy psychoedukacyjne, takie jak np. program FAM (*Family Anxiety Management*), wskazywały na konieczność tworzenia koalicji w walce z chorobą oraz wzmacniania rodziny w jej kompetencjach. Obejmowały bardzo szeroki zakres zagadnień, takich jak kompetencje komunikacyjne i nauka rozwiązywania problemów, reagowanie na sytuacje konfliktowe, nauka dawania pozytywnych wzmocnień i ignorowania zachowań niepożądanych. Zawierały także dużą liczbę odniesień do emocji, zachowań i sposobu przeżywania rodziców (np. radzenie sobie z własnymi reakcjami lękowymi) [10]. U niektórych rodziców mogło to powodować opór, który zmniejszał skuteczność interwencji terapeutycznych. Budziło się pytanie, w jaki sposób pracować z rodzinami nad zmianami zachowań, tak aby zbudować z nimi lepsze przymierze terapeutyczne i zwiększać efektywność oddziaływań [32, 33].

Jedną z pierwszych prób odpowiedzi na tę kwestię była funkcjonalna terapia behawioralna, która łączyła w sobie teorie: uczenia się, poznawcze i systemowe [33]. W podejściu tym nie poprzestaje się na samej zmianie zachowania, ale zakłada się, że pacjenci muszą zrozumieć jego funkcję. Ponadto, ważne jest nawiązanie z pacjentami dobrej relacji terapeutycznej, w której nie dochodzi do „obwiniania” rodziców za powstałe u dziecka zachowania, a raczej ujmuje się jego zachowanie w kategoriach „przystosowania się” do sytuacji. Zakłada się bowiem, że zachowanie zawsze pełni jakąś funkcję i stanowi konkretny wynik relacji interpersonalnej. Tak jak w klasycznym myśleniu systemowym, w funkcjonalnej terapii behawioralnej terapeuta skupia się na przededefiniowaniu problemu (negatywnych myśli, emocji, zachowań) i nadaniu mu pozytywnego znaczenia. Wspólnie z rodziną zastanawia się on, dlaczego dane zachowanie wystąpiło i w jaki sposób jest podtrzymywane przez członków rodziny. W podejściu tym widoczny jest „mariaż” systemowego podejścia do pracy z rodzinami oraz typowych metod pracy behawioralno-poznawczej [32].

W kolejnych dekadach obserwowano wzrastające zainteresowanie badaczy i praktyków terapią zaburzeń lękowych u dzieci i adolescentów [34], a także tym, w jaki sposób skutecznie włączać rodziców w terapię ich dzieci. Jednym z głównych nurtów badawczych było sprawdzanie efektywności stosowanych programów terapeutycznych. Większość z nich nie koncentruje się jednak na terapii rodzinnej jako takiej, a raczej na aktywnym



włączaniu rodziców w terapię indywidualną dziecka lub oferowaniu im terapii grupowej o charakterze psychoedukacyjnym. Istnieją jednak programy terapeutyczne, w których tradycyjna praca w nurcie poznawczo-behawioralnym poszerzona jest o systemowy sposób myślenia oraz systemowe oddziaływania. Należą do nich m.in. program FRIENDS, Building Confidence oraz SPACE.

Program FRIENDS autorstwa Barretta [1, 35] jest jednym z najlepiej sprawdzonych empirycznie programów prowadzonych w nurcie *Family CBT* dla dzieci z zaburzeniami lękowymi. Łączy terapię grupową i zajęcia psychoedukacyjne dla rodziców z elementami terapii rodzinnej. Grupy prowadzone równolegle dla dzieci i rodziców zawierają podstawowe elementy terapii CBT w radzeniu sobie z objawami lęku. Opisany program ma jednak dodatkowe i wykraczające poza standardowe procedury CBT założenia. Po pierwsze, włącza trening umiejętności rodzinnych, modelujący wzajemne wspieranie się rodziców i budowanie pomocnej sieci społecznej poza rodziną. Rodzice i dzieci są zachęceni do praktykowania tych umiejętności w codziennym funkcjonowaniu. Ponadto program wspiera proces uczenia się od rówieśników sposobów radzenia sobie w sytuacjach trudnych i korzystania z ich doświadczeń. Zadaniem rodziców jest ułatwianie dzieciom zawierania i podtrzymywania przyjaźni. Proces grupowy zawiera takie elementy, jak: normalizacja lęku, dyskusje grupowe na temat trudnych sytuacji i przerażających doświadczeń oraz odgrywanie ról w odniesieniu do powszechnych sytuacji lękotwórczych. Autorzy programu podkreślają wagę procesu grupowego, zwracając uwagę na fakt, że uczestnicy uczą się tak samo dużo od innych członków grupy (rówieśników, innych rodziców) jak i od terapeutów. Prowadzący program skupiają się także na treningu komunikacji i rozwiązywania problemów dla dzieci i rodziców w celu poprawy ich wzajemnych relacji. Rodzice uczą się też, jak nagradzać dziecko za wykorzystywanie kompetencji radzenia sobie z lękiem, jak ignorować zachowania unikowe i lękowe dzieci oraz jak radzić sobie z własnym lękiem. Ewaluacja programu pokazała jego wysoką skuteczność — po roku od zakończenia programu FRIENDS, 68% dzieci nie miało zaburzeń lękowych, w porównaniu z 6% dzieci z grupy kontrolnej [35].

Kolejnym programem terapeutycznym w ramach nurtu *Family CBT* (FCBT) jest „Building Confidence” [9]. „Rodzice traktowani są w nim nie jako wsparcie dla dzieci, a bardziej jako „współklienci” (*co-clients*). Program skupia się na rodzicielskich zachowaniach intruzywnych (*parental intrusiveness*) jako czynnika wspierającym i podtrzymującym lęk dziecka. Autorzy zakładają, że szczególnie podczas terapii dzieci w młodszym wieku szkolnym ważna jest praca nad radzeniem sobie z lękiem ich rodziców, a także wspieranie ich kompetencji wychowawczych. Sesje terapeutyczne dzielą się na część spędzaną indywidualnie z dzieckiem (25–30 min), taką samą część poświęconą na pracę jedynie z rodzicami, a następnie na kwadrans wspólnej pracy rodzinnej. W ramach programu „Building Confidence” rodzice uczą się, jak dawać dzieciom wybór (zamiast podejmować za nie decyzje), jak pozwalać dzieciom na samodzielne zmaganie się z trudnościami i podejmowanie prób i błędów (zamiast podejmować wyzwania za dzieci), jak nazywać i akceptować ich emocje (zamiast je krytykować), jak wspierać nowe umiejętności dzieci w samodzielnym radzeniu sobie i wreszcie, jak pozwalać dzieciom na samodzielność i prywatność (np. samodzielne ubieranie się). Efekty programu zmierzono po roku, porównano efekty pracy terapeutycznej w warunkach rodzinnych i indywidualnych u dzieci w wieku

szkolnym. Okazało się, że dzieci objęte programem „Building Confidence” miały niższe wyniki w skali lęku (ocena przez rodzica i diagnostę). Program okazał się szczególnie skuteczny w grupie młodych adolescentów. Kluczowym moderatorem było zmniejszenie natężenia rodzicielskich zachowań intruzywnych.

Program SPACE (*Supportive Parenting for Anxious Childhood Emotions*) skoncentrowany jest jedynie na pracy z rodzicami i wykorzystuje myślenie systemowe [2, 29]. Program ten nie koncentruje się na uczeniu rodziców konkretnych umiejętności, takich jak pozytywne wzmocnienia lub rozwiązywanie problemów, ani też nie jest próbą wykorzystania rodziców jako terapeutów w celu modyfikacji zachowania dziecka. Raczej skupia się na zmianie reakcji rodziców na stany lękowe dziecka, zajmuje się stopniowym wycofywaniem zachowań podtrzymujących objawy (nazywanych zachowaniami „akomodacyjnymi” rodziny).

Pierwszym etapem leczenia jest faza wstępna, podczas której rodzice są wprowadzani do systemowej konceptualizacji lęku w dzieciństwie oraz do zasad jego leczenia. Drugi krok polega na tym, że rodzice i terapeuta skrupulatnie analizują codzienny rozkład zajęć i nawyki rodziny, identyfikują jej zachowania akomodacyjne, a następnie wybierają problemy do dalszej pracy. W kolejnym etapie terapii terapeuta i rodzice planują konkretne zmiany w zachowaniu rodzicielskim i informują dziecko o poszczególnych zmianach, które zamierzają wprowadzić. W trakcie terapii pracuje się także nad stworzeniem „wspólnego frontu” u rodziców — wzmocnieniem podsystemu rodzicielskiego, wykształceniem spójnego rozumienia problemu i sposobu reagowania na trudności dziecka. Ponadto, terapeuta i rodzice usiłują poszerzyć system wspierający dziecko o inne znaczące osoby (członków rodziny, nauczycieli, trenerów). Na podstawie badań ewaluacyjnych autorzy programu stwierdzili, że program SPACE jest skutecznym sposobem terapii zaburzeń lękowych u dzieci. Pozwala na redukcję objawów lękowych u dziecka, odczuwanego przez rodziców stresu oraz znaczące zmniejszenie liczby zachowań podtrzymujących („akomodacyjnych”) u rodziców [2].

Także inne programy terapeutyczne, teoretycznie bazujące głównie na terapii poznawczo-behawioralnej, zawierają w sobie wiele podstawowych elementów pracy systemowej. Na przykład w leczeniu fobii szkolnej podkreśla się rolę wspólnej pracy dzieci, rodziców i nauczycieli nad stworzeniem planu powrotu do szkoły i nauki niezbędnych kompetencji, ze szczególnym uwzględnieniem dobrej współpracy między podsystemem rodzicielskim i szkolnym. Wskazuje się także na kluczową rolę lęku separacyjnego w kształtowaniu się fobii szkolnej, na konieczność pracy nad dysfunkcjami rodzinnymi i wzorcami podtrzymującymi problem w rodzinie, a także na aktywne włączanie do terapii innych systemów (szkoły, dalszej rodziny, środowiska) dając prymat interwencji rodzinnym i systemowym nad poznawczo-behawioralną terapią indywidualną [35, 36]. Terapia rodzinna, nawet prowadzona w nurcie poznawczo-behawioralnym, daje znacznie wyższe wskaźniki poprawy niż terapia indywidualna (u dwóch trzecich rodzin), w dużej mierze poprzez pracę nad lękami, zachowaniami i reakcjami rodziców [1, 15]. Richardson [37] sugeruje, że największą skuteczność może dawać łączenie tych dwóch modalności terapeutycznych (pracy indywidualnej z dzieckiem i równoległe z całą rodziną).

Także w leczeniu zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych wykorzystuje się wspólny udział dzieci i rodziców w terapii. W programie FOCUS (*Freedom from Obsessions and*



*Compulsions Using Cognitive-Behavioural Strategies*) wykorzystuje się nie tylko techniki ekspozycyjne, ale także eksternalizacyjne, a na spotkania zaprasza się wszystkich członków rodziny, także rodzeństwo [1, 38]. Podobnie jest w przypadku leczenia PTSD — podczas sesji rodzinnych pracuje się nad przeformułowaniem problemu oraz nad wspieraniem rodziców w budowaniu wzmacniającej i opiekuńczej relacji z dziećmi [1].

Należy jeszcze wspomnieć o roli oddziaływań profilaktycznych w leczeniu zaburzeń lękowych u dzieci. Rolę prewencji w tym obszarze potwierdzono w dużych badaniach prowadzonych przez Ginsburg i wsp. [39]. Program badawczy objął 136 rodzin, w których co najmniej jedno z rodziców miało zaburzenia lękowe. W każdej rodzinie było co najmniej jedno dziecko w wieku od 6 do 13 lat, które nie wykazywało jak dotąd objawów lękowych. Uczestnicy zostali podzieleni na trzy grupy: eksperymentalną oraz dwie grupy kontrolne. Grupa eksperymentalna uczestniczyła w rocznym programie profilaktycznym, który obejmował dziesięć dwugodzinnych sesji rodzicielskich poświęconych pozytywnej dyscyplinie, zarządzaniu trudnymi zachowaniami dziecka oraz promowaniu jego pewności siebie. Jedna z grup kontrolnych otrzymała broszurę z informacjami na temat zaburzeń lękowych u dzieci, w drugiej nie stosowano żadnych interwencji. Po roku okazało się, że w tej drugiej grupie kontrolnej poziom rozpowszechnienia zaburzeń lękowych u dzieci wyniósł 31%. W pierwszej grupie kontrolnej, która otrzymała psychoedukację w postaci broszury informacyjnej, 21% dzieci przejawiało objawy zaburzeń lękowych (w tym lęk separacyjny, paniczny, fobie i zaburzenia stresu pourazowego), a w grupie eksperymentalnej jedynie 5%. Efekty programu profilaktycznego utrzymywały się także po upływie roku. Wyniki te nie tylko jednoznacznie potwierdzają, jak duży wpływ na rozwój zaburzeń lękowych u dzieci mają postawy, lęki i zachowania ich rodziców, ale także wskazują na zasadność wprowadzania oddziaływań prewencyjnych w tej grupie ryzyka.

### **Terapia rodzinna zaburzeń lękowych u dzieci — wnioski i refleksje**

Przytaczane wyniki badań oraz programy terapeutyczne jednoznacznie pokazują, że interwencje rodzinne znacząco wspomagają leczenie zaburzeń lękowych u dzieci i młodzieży. Co więcej, kierowanie oddziaływań terapeutycznych wyłącznie do rodziców może być niejednokrotnie efektywniejsze niż izolowana terapia dzieci. Opisywane programy terapeutyczne uwzględniają zarówno typowe oddziaływania poznawczo-behawioralne, psychoedukacyjne i środowiskowe, jak również techniki pracy służące m.in. wspieraniu wzajemnego rozumienia swoich stanów emocjonalnych przez dzieci i rodziców, pracę narracyjną z rodziną, interwencje strukturalne czy strategiczne. Natomiast w opisie większości programów autorzy akcentują oddziaływania poznawczo-behawioralne, pomijając istotne elementy pracy systemowej i nie odnosząc się bezpośrednio do systemowych koncepcji, mimo oczywistego wykorzystywania ich w pracy terapeutycznej.

Wydaje się, że w przypadku pracy terapeutycznej z rodziną dziecka cierpiącego z powodu zaburzeń lękowych, bardzo przydatne może okazać się osadzenie jej w teoretycznej ramie systemowej. Istotne jest rozumienie, na jakim etapie rozwoju jest rodzina, jakie są relacje między jej członkami i wzory jej funkcjonowania. Przydatna może okazać się wiedza na temat tego, że systemy wychowawcze rodziców wynikają z ich historii rodzin-

nych i są w nieświadomy sposób odtwarzane w rodzinie prokreacyjnej, a także poznanie narracji osobistych dotyczących radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, natury ludzkiej i sposobów angażowania się w relacje z ludźmi. Użyteczne jest też wreszcie spojrzenie na rodzinę jako na system, uwzględnienie wzajemnego oddziaływania na siebie jej członków i obecności złożonych związków przyczynowo-skutkowych; przyglądanie się, czy zachowania dziecka nie mają dodatkowego, ukrytego znaczenia (np. nie stanowią próby zachowania homeostazy rodziny poprzez delegowanie dziecka do roli pacjenta), jaka jest funkcja prezentowanego objawu; odkrywanie koalicji w rodzinie, dostrzeganie problemu braku wyraźnych i elastycznych granic między członkami rodziny oraz jej podsystemami. Ważne jest ponadto spojrzenie na rodzinę w kontekście szerszych oddziaływań społeczno-kulturowych [40, 41].

Co więcej, rzetelne, współczesne metaanalizy badań, także tych prowadzonych w nurcie praktyki opartej na dowodach, pokazują, że przypadku dzieci i młodzieży terapia systemowa jest przynajmniej równie skuteczna co indywidualne interwencje terapeutyczne, a zarazem bardziej niż one opłacalna [1]. Większość randomizowanych badań klinicznych dotyczy jednak terapii poznawczo-behawioralnej, podczas gdy nie wydaje się ona jedyną skuteczną metodą terapii zaburzeń lękowych u dzieci i młodzieży. Łatwo w niej jednak o powtarzalność interwencji, kluczową w badaniach eksperymentalnych [42].

Nie znaleziono natomiast doniesień badawczych na temat programów pracy nad zaburzeniami lękowymi u dzieci i młodzieży w podejściu stricte systemowym. Może to wynikać z braku adekwatnych, ilościowych narzędzi do oceny zmian w procesie terapii; w tym obszarze dominują jak dotąd badania jakościowe [por. 24, 42]. Należy jednakże pamiętać, że ujęcie jakościowe jest często jedynym sposobem na uzyskanie wrażliwych, niestandardowych informacji od respondentów, ale także głębszego zrozumienia ich punktu widzenia, eksplorowania procesu terapii i jej efektywności. Wydaje się zatem, że badania eksperymentalne są niewystarczające do badania efektywności procesów terapeutycznych, wymagającego łączenia oddziaływań ilościowych i jakościowych (*mixed-method research*), a także tworzenia narzędzi do oceny poziomu lęku u dzieci, oceny procesu terapii oraz zmian w funkcjonowaniu rodziny [por. 24, 27, 42–44].

Z drugiej strony, nie można pomijać kluczowych elementów pracy żadnej ze szkół, a terapeuci systemowi mogą, a być może nawet powinni korzystać z dorobku podejścia poznawczo-behawioralnego, w tym z rozumienia zjawiska lęku u dzieci, jego aspektów poznawczych i behawioralnych, z technik ekspozycji na bodźce lękowe, pracy z przekonaniami, praktycznej nauki komunikacji i sposobów reagowania na zachowania dziecka. Przy podejmowaniu decyzji klinicznych odnośnie do projektowania oddziaływań terapeutycznych wobec pacjentów dziecięco-młodzieżowych powinno się brać pod uwagę czynniki wyodrębnione w cytowanych wyżej badaniach. Ważne jest dopasowanie modelu terapii do prezentowanych zaburzeń (np. łączenie technik poznawczo-behawioralnych z pracą z rodzicami i z całą rodziną), do charakterystyki pacjenta i jego rodziny (m.in. wieku dziecka, jego gotowości do podjęcia pracy nad problemem, poziomu lęku u rodziców, otwartości na interwencje grupowe), a także uwzględnienie możliwych form terapii i szerszego kontekstu społeczno-kulturowego (w tym przygotowania teoretycznego i kompetencji terapeuty, dostępności możliwych form pomocy, w tym terapii odpłatnej, otwartości i motywacji rodziny do podjęcia terapii rodzinnej).

Na drodze popularyzowania stosowania terapii rodzinnej w leczeniu zaburzeń u dzieci i młodzieży pojawia się jednak kilka przeszkód. Po pierwsze, obserwujemy mały dostęp do tej terapii w publicznych placówkach służby zdrowia. Wizyty rodzinne są jak dotąd nieopłacalne (w przeliczeniu na punkty przyznawane przez NFZ), a klasyczny wymóg pracy dwóch terapeutów jest w wielu miejscach trudny do realizacji. Rozporządzenie prezesa NFZ z dnia 16 stycznia 2020 r. [45] zakłada bowiem rozliczanie sesji terapii rodzin w zależności od liczby uczestniczących osób, tak jak w przypadku sesji terapii grupowej. Przy aktualnej wycenie opartej na liczbie osób terapia rodzin nie pokrywa kosztów świadczenia, tym bardziej jeśli sesje miałyby być prowadzone przez dwóch terapeutów czy też trwać dłużej niż sesje terapii indywidualnej (1,5 lub 2 godziny). Kolejną trudność napotykamy w przypadku prowadzenia indywidualnych wizyt dla rodziców, które nie mogą być rozliczane jako wizyta terapeutyczna w procesie terapii indywidualnej dziecka. A jednocześnie badania (także te przytaczane w niniejszym artykule) pokazują, że czasami praca terapeutyczna odbywa się w trakcie spotkań z samymi rodzicami. Dotyczy to szczególnie dzieci małych i w wieku wczesnoszkolnym, które wydają się mniej korzystać wyłącznie z terapii indywidualnej. Przez to nawet terapeuci wykształceni w nurcie systemowym nie mają możliwości praktykowania terapii rodzinnej w placówkach publicznej ochrony zdrowia. Wydaje się również, że uczestnicy innych kursów terapeutycznych, którzy chcą pracować z dziećmi, rzadko poszerzają swoje umiejętności o praktykę w obszarze terapii rodzinnej.

### Wnioski

1. Kontekst rodzinny jest ważnym czynnikiem w rozwoju zaburzeń lękowych u dzieci i młodzieży.
2. Uwzględnienie rodziców w terapii lęku ich dzieci zwiększa skuteczność oddziaływań terapeutycznych.
3. Wydaje się, że współczesne podejścia terapeutyczne w leczeniu zaburzeń lękowych u dzieci i adolescentów mogłyby skorzystać na łączeniu dorobku teorii poznawczo-behawioralnych i systemowych.
4. Współczesne koncepcje dotyczące terapii rodzin oferują różnorodne konteksty pracy terapeutycznej (praca z całą rodziną, z podsystemami, terapia wielorodzinna), które, jak pokazują badania, sprzyjają skutecznemu leczeniu zaburzeń lękowych.
5. Brakuje badań, szczególnie na gruncie polskim, ewaluujących efektywność terapii systemowej w zaburzeniach lękowych u dzieci i młodzieży. Potrzebny jest dalszy rozwój metod badawczych w tej dziedzinie.
6. Potrzebne są także zmiany w dostępie do terapii rodzinnej w publicznym sektorze ochrony zdrowia psychicznego.

### Piśmiennictwo

1. Carr A. Family therapy and systemic interventions for child-focused problems: the current evidence base. *J. Fam. Ther.* 2018; 41(2): 1–61. DOI:10.1111/1467-6427.12226.
2. Lebowitz ER, Marin C, Martino A, Shimshoni Y, Silverman WK. Parent-based treatment as efficacious as cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety: a randomized noninferiority study of supportive parenting for anxious childhood emotions. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2020; 59(3): 362–372. DOI:10.1016/j.jaac.2019.02.014.
3. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J. Child Psychol. Psychiatry* 2015; 56(3): 345–365. DOI:10.1111/jcpp.12381.
4. Sauter FM, Heyne D, Westenberg PM. Cognitive behavior therapy for anxious adolescents: developmental influences on treatment design and delivery. *Clin. Child Fam. Psychol. Rev.* 2009; 12: 310–335. DOI: 10.1007/s10567-009-0058-z.
5. Boddien DH, Dirksen CD, Bögels SM. Societal burden of clinically anxious youth referred for treatment: a cost-of-illness study. *J. Abnorm. Child Psychol.* 2008; 36(4): 487–497. dDOI:10.1007/s10802-007-9194-4.
6. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch. Gen. Psychiatry* 2003; 60(8): 837–844. DOI:10.1001/archpsyc.60.8.837.
7. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch. Gen. Psychiatry* 2003; 60(7): 709–717. DOI:10.1001/archpsyc.60.7.709
8. Kovacs M, Devlin B. Internalizing disorders in childhood. *J. Child Psychol. Psychiatry* 1998; 39: 47–63. DOI:10.1111/1469-7610.00303.
9. Wood JJ, McLeod BD, Piacentini JC, Sigman M. One-year follow-up of family versus child CBT for anxiety disorders: exploring the roles of child age and parental intrusiveness. *Child Psychiatry Hum. Dev.* 2009; 40: 301–316. DOI:10.1007/s10578-009-0127-z.
10. Bryńska A. Psychoterapia behawioralno-poznawcza dzieci i młodzieży. W: Namysłowska I, red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2016, s. 515–542.
11. Bowlby J. *Attachment and the therapeutic process*. Madison, CT: International Universities Press, Inc; 1987.
12. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, New York: Lawrence Erlbaum Associates; 1978.
13. Brumariu LE, Kerns KA. Mother-child attachment patterns and different types of anxiety symptoms: is there specificity of relations? *Child Psychiatry Hum. Dev.* 2010; 41: 663–674. DOI:10.1007/s10578-010-0195-0.
14. Kerns KA, Brumariu LE. Is insecure parent-child attachment a risk factor for the development of anxiety in childhood or adolescence? *Child Dev. Perspect.* 2014; 8(1): 12–17. DOI:10.1111/cdep.12054.
15. Ollendick TH, Benoit KE. A parent-child interactional model of social anxiety disorder in youth. *Clin. Child Fam. Psychol. Rev.* 2012; 15(1): 81–91. DOI:10.1007/s10567-011-0108-1.
16. Rothbart MK, Bates JE. Temperament. W: Eisenberg N, Damon W, Lerner RM, red. *Handbook of child psychology: vol 3. Social, emotional, and personality development*, wydanie 6. Wiley Hoboken; 2006, s. 99–166.

17. Degnan KA, Almas AN, Fox NA. Temperament and the environment in the etiology of childhood anxiety. *J. Child Psychol. Psychiatry* 2010; 51(4): 497–517. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2010.02228.x
18. Kagan J, Snidman N. Early childhood predictors of adult anxiety disorders. *Biol. Psychiatry* 1999; 46(11): 1536–1541.
19. Sportel BE, Nauta MH, de Hullu E, de Jong PJ, Hartman CA. Behavioral inhibition and attentional control in adolescents: robust relationships with anxiety and depression. *J. Child Fam. Stud.* 2011; 20(2): 149–156. DOI:10.1007/s10826-010-9435-y.
20. White LK, McDermott JM, Degnan KA, Henderson HA, Fox NA. Behavioral inhibition and anxiety: the moderating roles of inhibitory control and attention shifting. *J. Abnorm. Child Psychol.* 2011; 39(5): 735–747. DOI:10.1007/s10802-011-9490-x.
21. Józefik B. Konceptcje systemowe i ich znaczenie dla psychologii klinicznej. W: Cierpiąłkowska L, Sęk H, red. *Psychologia kliniczna*. Warszawa: PWN; 2018, s. 171–192.
22. Chrzastowski S, de Barbaro B. Postmodernistyczne inspiracje w psychoterapii. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2011.
23. Józefik B. Kultura, ciało, (nie)jedzenie, terapia: perspektywa narracyjno-konstrukcjonistyczna w zaburzeniach odżywiania. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2014.
24. Ulaścińska R, Lelek A, Kozik-Merino A, Ślęczek K. Zbudować więź pomimo traumy — zastosowanie terapii wielorodzinnej (MFT) w rodzinach adopcyjnych. *Psychoter.* 2020; 1(192): 27–43. DOI: 10.12740/PT/118154.
25. Tomaszewicz AK, Taurogiński B. Terapia wielorodzinna — nowa metoda pracy z rodzinami. *Psychoter.* 2017; 3(182): 31–41.
26. Derezińska I, Gajdzik M. Dziecko z zaburzeniami lękowymi w szkole i przedszkolu. Informacje dla pedagogów i opiekunów. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji; 2010.
27. Kendall PC, Hedtke KA. Terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń lękowych u dzieci. Program „Zaradny Kot”. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2018.
28. Kendall PC, Suveg C. Leczenie zaburzeń lękowych u dzieci i młodzieży. W: Kendall PC, red. *Terapia dzieci i młodzieży. Procedury poznawczo-behawioralne*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2010, s. 232–279.
29. Lebowitz ER, Omer H, Hermes H, Scahill L. Parent training for childhood anxiety disorders: The SPACE program. *Cogn. Behav. Pract.* 2014; 21(4): 456–469. DOI:10.1016/j.cbpra.2013.10.004.
30. Rapee RM, Wignall A, Spence SH, Cobham V, Lyneham H. Lęk u dzieci. Poradnik z ćwiczeniami. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2017.
31. Lundkvist-Houndoumadi I, Thastum M. Anxious children and adolescents non-responding to CBT: clinical predictors and families' experiences of therapy. *Clin. Psychol. Psychother.* 2017; 24(1): 82–93. DOI:10.1002/cpp.1982.
32. Morris SB, Alexander JE, Waldron H. Functional family therapy. W: Fallon RH, red. *Handbook of behavioral family therapy*. New York: Guilford Press; 1988.
33. Goldenberg H, Goldenberg I. *Terapia rodzin*. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2006.
34. Muris P, Broeren S. Twenty-five years of research on childhood anxiety disorders: publication trends between 1982 and 2006 and a selective review of the literature. *J. Child. Fam. Stud.* 2009; 18: 388–395. DOI:10.1007/s10826-008-9242-x.
35. Barrett P, Shortt A. Parental involvement in the treatment of anxious children. W: Kazdin A, Weisz J, red. *Evidence based psychotherapies for children and adolescents*. New York: Guilford Press; 2003, s. 101–119.

36. Fremont WP. School refusal in children and adolescents. *Am. Fam. Physician* 2003; 68(8): 1555–1560.
37. Richardson K. Family therapy for child and adolescent school refusal. *Aust. N. Z. J. Fam. Ther.* 2016; 37(4): 528–546. DOI: 10.1002/anzf.1188.
38. Barrett P, Farrell L, Dadds M, Boulter N. Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: long-term follow-up and predictors of outcome. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2005; 44(10): 1005–1014. DOI:10.1097/01.chi.0000172555.26349.94.
39. Ginsburg GS, Drake KL, Tein JY, Teetsel R, Riddle MA. preventing onset of anxiety disorders in offspring of anxious parents: a randomized controlled trial of a family-based intervention. *Am. J. Psychiatry* 2015; 172(12): 1207–1214. DOI:10.1176/appi.ajp.2015.14091178.
40. Adamczyk M. Style przywiązania a psychospołeczne funkcjonowanie młodzieży w oparciu o studia przypadków. *Psychoter.* 2016; 3(178): 89–102.
41. Józefik B. *Terapia rodzin*. W: Namysłowska I, red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2016, s. 543–574.
42. Matusiak F, Józefik B. Wokół psychoterapii, w tym psychoterapii dzieci i młodzieży: pytania, wyzwania, kontrowersje. *Psychoter.* 2019; 3(190): 5–16. DOI: 10.12740/PT/114194.
43. Józefik B, Matusiak F, Wolska M, Ulańska R. Badanie przebiegu terapii rodzin — prace nad polską wersją narzędzia SCORE-15. *Psychiatr. Pol.* 2016; 50(3): 607–619. DOI: <http://dx.doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/42894>.
44. Józefik B, Wolska M, Ulańska R, Iniewicz G. Ocena terapii z perspektywy pacjentów i ich rodzin: opracowanie wyników ankiety. *Psychoter.* 2003; 2(125): 70–84.
45. ZARZĄDZENIE NR 7/2020/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 16 stycznia 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-72020dsoz,7116.html> [dostęp: 13.11.2020]

Adres: [agnieszkalelek@gmail.com](mailto:agnieszkalelek@gmail.com)